



RAUTH

SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN DE SALUD (REQUEST FOR ACCESS TO HEALTH INFORMATION)

Subsidiary: _____

Instruction:

To be completed when an individual requests to inspect or receive a copy of their record.

If this request is to provide health information to a person other than the patient, use

Authorization to Release Health Information form instead.

Side 1 of 2

AVISO: Los pacientes generalmente tienen derecho a acceder a su registro médico y de facturación previa solicitud y / o pueden registrarse para acceder a través del Portal del Paciente. ChristianaCare responderá a la solicitud de copias del registro dentro de los treinta (30) días (con una extensión de treinta (30) días cuando sea necesario). ChristianaCare puede denegar la solicitud por ciertas razones especificadas por la ley. Si ChristianaCare rechaza la solicitud, el solicitante será informado del motivo. Al paciente se le puede permitir que la decisión de denegación sea revisada por la Oficina de Privacidad de ChristianaCare. Además, ChristianaCare notificará al solicitante con anticipación el costo de recibir copias del registro.

POR FAVOR COMPLETE UN FORMULARIO POR CADA ACCESO SOLICITADO

Nombre del paciente (imprimir): _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Dirección: _____

Correo electrónico: _____
(necesario para cualquier copia electrónica)

Propósito del acceso: _____

Me gustaría tener acceso a los siguientes documentos/registros (especificar):

- Historial médico completo (Nota: Sólo los registros de visitas dentro de los últimos diez (10) años están disponibles según la política de retención de registros de ChristianaCare).
- Historial de admisión y pruebas físicas informes de patología notas del proveedor
- Resumen del alta informes de radiología notas del departamento de emergencias
- Informes operativos informes de laboratorio
- Otros (especifique): _____

AUTORIZACIONES ESPECIALES PARA EL TRATAMIENTO DEL ABUSO DE SUSTANCIAS, RESULTADOS DE VIH/ETS, Y/O PSICOLÓGICOS Y REGISTROS DE TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO (marque y ponga iniciales en cada área que autoriza):

- Solicito específicamente acceso a la información relacionada con la información genética. _____ (inicial)
 - Solicito específicamente acceso a información relacionada con el tratamiento del abuso de sustancias. _____ (inicial)
 - Solicito específicamente el acceso a la información relativa al tratamiento psicológico y psiquiátrico. _____ (inicial)
(Para las notas de psicoterapia, se requiere un formulario separado).
 - Solicito específicamente acceso a información relacionada con tratamiento del VIH / ETS y los resultados de las pruebas. _____ (inicial)
- Fecha(s) de visita (especifique): _____

¿Cómo quiero recibir la información (marque sólo una)?

- Copia electrónica (por ejemplo, disco compacto, unidad USB) a través de: Correo Recoger
- Correo electrónico seguro (*sólo es posible si tiene menos de 50 páginas*)
- Copia en papel vía: Correo Recoger
- Revisión en persona

Para la recoger, me gustaría recoger en la siguiente ubicación:

- Christiana Hospital Wilmington Hospital Union Hospital Oficina del proveedor: _____ (especifique)

(Nota: Se requiere una identificación con foto emitida por el gobierno, como una licencia de conducir, al momento de recoger)

Entiendo que se cobra una tarifa por las copias y el franqueo necesarios para divulgar los registros médicos, y las tarifas me han sido explicadas.

Firma del paciente/ (Signature of Patient) (_____) _____ / _____ / _____
de teléfono/(Phone #) Fecha/ (Date)

O bien, si el paciente no puede/no es capaz de firmar:

Firma de apoderado Relación con el paciente (_____) _____ / _____ / _____
(Signature of Legal Representative) (Relationship to Patient) # de teléfono Fecha
(Phone #) (Date)

Interpretation: The information has been presented to the: Patient Representative Decision Maker in: _____
The person who provided the interpretation is a qualified medical interpreter. Language

Interpreter Name Agency and ID# (if applicable)

Witness Signature/Title Print Name or ID# Date Time



RAUTH

REQUEST FOR ACCESS TO HEALTH INFORMATION

Side 2 - For Christiana Care Use Only

Instruction:

Privacy Department Use Only.

Side 2 of 2

DEPARTMENT

Request received by: _____ on: ____ / ____ / ____

Extension requested (if applicable) on: ____ / ____ / ____

Access provided by: _____ on: ____ / ____ / ____

Or

Request referred to Privacy Office by: _____ on: ____ / ____ / ____

Comments: _____

PRIVACY OFFICE

Requested received by: _____ on: ____ / ____ / ____

Extension requested (if applicable) on: ____ / ____ / ____

Request reviewed by: _____ on: ____ / ____ / ____

Approved Denied

If denied, reason for denial: _____

Patient or Legal Representative notified on: ____ / ____ / ____

If denied, second review completed by: _____ on: ____ / ____ / ____

Approved Denied

Patient or Legal Representative notified of decision on: ____ / ____ / ____

If access approved, access provided by: _____ on: ____ / ____ / ____

Comments: _____
